

増加した。2010 年より開始した腹腔鏡下前立腺全摘除術とレーザー前立腺核出術が増加した。一方開腹手術は減少した。全般的に腹腔鏡手術を含む低侵襲治療を主体として行っていた。

## ビ デ オ

### 8. 尿失禁手術後のナイロン糸膀胱内迷入に対し、軟性尿管鏡、レーザー使用にて摘出した 1 例

曲 友弘, 狩野 臨, 富田 光,  
小倉 治之, 黒澤 功 (黒沢病院)

【症 例】 61 歳女性。20 年前尿失禁手術 (Gittes 法) 施行歴あり。ナイロン糸膀胱内迷入, 膀胱結石, 腹圧性尿失禁にて紹介となった。立位で大量の尿失禁が出現し, 膀胱造影では ISD の所見であった。尿失禁手術に先立ち, 異物摘出術を経尿道的に施行した。尿道から硬性膀胱鏡を挿入して観察すると, 膀胱頸部から後壁左寄りに渡るナイロン糸を認め, 後壁側の糸に結石付着を認めた。軟性尿管鏡を同様に尿道から挿入し, 膀胱鏡側より挿入した生検鉗子で糸を把持しながらホルミウムレーザーを用いて経尿道的にナイロン糸を切断, 摘出し得た。3ヶ月後の膀胱鏡にて, 糸露出部は閉鎖し, 再露出も認めていない。【まとめ】 軟性尿管鏡, レーザー使用にて, 開腹せずにナイロン糸を摘出し得た。今後尿失禁手術を追加する予定である。

### 9. 順行性前立腺全摘除術の経験—早期尿禁制をめざして interfascial plane での剥離—

中村 敏之, 鈴木 智美, 奥木 宏延  
岡崎 浩 (館林厚生病院 泌尿器科)

【目 的】 術後早期尿禁制をめざした順行性前立腺全摘除術の手技・成績の検討。方法: 手術手順は \* 8 cm の下腹部正中切開 \* 膀胱前腔展開し靱状突起処理後リンパ節郭清 \* 臓側内骨盤筋膜 (EPF) 上の脂肪整理・EPF 切開 \* EPF と外側骨盤筋膜間 (interfascial plane) の剥離 \* 深陰茎背静脈 (DVC) の結紮 \* 膀胱頸部離断し精嚢剥離後デノビア腔展開 \* 前立腺膀胱移行部の前立腺血管茎処理 \* DVC 切離し尿道前面切開後尿道へ運針 (9 針) し尿道切離 \* 直腸尿道筋の剥離と運針 \* 後方固定 \* 膀胱尿道吻合 (9 針結節縫合) \* 前方固定 \* 創閉鎖 (4-0PDS で埋没

縫合) である。結果: 最近 10 例の退院時尿失禁率 (尿失禁量/1 日尿量) は 0~51% (中央値 5%), 1 月後のパッド使用 0~5 枚/日 (2 枚), 3 月後 0~1 枚 (0 枚), であった。

## 〈特別講演〉

座長: 小林 幹男 (伊勢崎市民病院)

### 「鏡視下手術時代の前立腺全摘術 —717 例を通しての最新の解剖と手技—」

川島 清隆 (栃木県立がんセンター

泌尿器科 医長)

栃木県立がんセンターでは IMRT, I-125 を用いた永久挿入密封小線源治療を行っておりリスクの低い症例ではこれらの低侵襲治療が選択されることが多い。従って手術はリスクの高い症例が多い。我々は 2003 年から確実な前立腺摘出を目指し手技の改良に取り組んできた。スタッフが少ないということが幸いし固定した手術チームで効率良く解剖の確認, 手技の改良を行う事ができた。その結果まず肛門挙筋が 3 群から構成されていること, このうち恥骨尾骨筋は前立腺尖部に強固に癒合しているという規則性を見出した。これを理解した後に恥骨前立腺靱帯を切離, 更に切開をその外側の肛門挙筋筋膜に延ばし, 尿道と恥骨直腸筋との間を鈍的に剥離することで手術の早期の段階で尿道が露出され前立腺尖部・尿道移行部を確認することが出来る (早期尿道露出法)。またこの後頭側で腸骨尾骨筋を外側に剥離, 圧排した後に間に残った恥骨尾骨筋をシーリングデバイスで切離すると前立腺, 尿道側方が一気に展開される (3 ステップ外側アプローチ)。また我々は外側アプローチにより NVB 外側で lateral pelvic fascia, mesorectum を切開し直腸縦走筋を露出しこの層を保って前立腺背側の剥離を進める (直腸縦走筋完全露出)。近年更に vascular pedicle に添って lateral pelvic fascia を切開し, vascular pedicle を同定, 切離し外側から精嚢, 精管を剥離している (拡大外側アプローチ)。またごく最近, DVC の処理においてパンチングの distal thigh を止め, 4-0 ナイロン針 4 針で止血縫合を行い DVC を切離している。これにより至適位置で尿道を切離出来るようになり尖部での断端陽性の低下, 尿禁制の向上をみている。我々の術式について解説する。